

Data de submissão: 18/06/2019

Data de aceite: 04/03/2020



Artigo Teórico/Empírico

AVALIAÇÃO DO CUSTO HUMANO DO TRABALHO E DAS ESTRATÉGIAS DE MEDIAÇÃO DOS MÉDICOS DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Evaluation of the human cost of labor and mediation strategies of physicians in an emergency care unit

Évaluation des coûts de travail humains et des stratégies de médiation des médecins dans une unité de soins d'urgence

Evaluación del costo humano del trabajo y de las estrategias de mediación de médicos de una unidad de pronta atención

Leandro Silva Pádua¹ 

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil²

Mário César Ferreira³ 

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

Resumo

Esta pesquisa buscou identificar os custos humanos relacionados à atividade médica em uma Unidade de Pronto Atendimento e descrever as estratégias lançadas por estes profissionais para lidar com os custos. O estudo foi conduzido balizado pela perspectiva da Ergonomia da Atividade. Foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas e os dados submetidos à análise lexical com o uso do *software* IRaMuTeQ. Foram observados nos discursos relativos aos custos humanos do trabalho uma predominância negativa (84,2% dos discursos analisados), com a descrição de repercussões fisiológicas do trabalho na forma de sintomas e doenças; além de repercussões físicas, cognitivas e afetivas, representadas sob a forma de exaustão, sobrecarga, esgotamento, cansaço, ansiedade, tristeza, labilidade emocional. As estratégias identificadas nos discursos foram classificadas em dois eixos: um relativo à necessidade de apoio, seja pelos colegas de trabalho, de outros profissionais, da gestão, de familiares ou de amigos; o segundo eixo descreve estratégias dentro e fora do trabalho para lidar com os custos identificados, representados por atividade física, fazer o que gosta, “desligar-se” do trabalho, busca da religiosidade e da ressignificação do trabalho. O estudo fomenta demandas da unidade pesquisada e de outras pesquisas no contexto de emergências médicas, com vistas à mudanças do contexto de trabalho.

Palavras-chave: Custo humano do trabalho; estratégias de mediação; Ergonomia; emergências médicas.

Abstract

This research sought to identify the human costs related to the medical activity in a Care Unit and to describe the strategies launched by these professionals to deal with costs. The study was conducted using the Ergonomics of Activity perspective. We conducted 13 semi-structured interviews and the data was submitted to the lexical analysis using IRaMuTeQ software. A negative predominance (84.2% of the analyzed discourses) was observed in the discourses related to human labor costs, with a description of the physiological repercussions of the work in the form of symptoms and diseases; besides physical, cognitive and affective repercussions, represented in the form of exhaustion, overload, exhaustion, fatigue, anxiety, sadness, emotional lability. The strategies identified in the speeches were classified into two axes: one related to the need for support, either by co-workers, other professionals, management, family members or friends; the second axis describes strategies in and out of work to deal with the costs identified, represented by physical activity, doing what they like, "detaching" from work,

¹ leospadua@gmail.com

² QI O6, Lote C s/n, Área Especial, 71010-006.

³ ferreiramariocesar@gmail.com

seeking religiosity and the resignification of work. The study promotes the demands of the researched unit and other research in the context of medical emergencies, with a view to changing the work context.

Keywords: Human cost of labor; mediation strategies; Ergonomics; medical emergencies

Résumé

Le but de la recherche a été d'identifier les coûts humains liés à l'activité médicale dans une unité de soins de santé et de décrire les stratégies de travail de médecins pour faire face aux coûts. L'étude a été menée en utilisant la perspective de l'Ergonomie de l'Activité. Ont été réalisés 13 entretiens semi-structurés et les données soumises à lexicométrie du logiciel IRaMuTeQ. Une prédominance négative (84,2% des discours analysés) a été observée dans les discours liés au coût du travail humain, avec une description des répercussions physiologiques du travail sous forme de symptômes et de maladies; Outre les répercussions physiques, cognitives et affectives, elles se traduisent par l'épuisement, la surcharge, l'épuisement, la fatigue, l'anxiété, la tristesse, la labilité émotionnelle. Les stratégies identifiées dans les discours ont été classées en deux axes: l'un lié au besoin de soutien, soit de la part de collègues, d'autres professionnels, de membres de la direction, de membres de la famille ou d'amis; le deuxième axe décrit les stratégies dans et hors du travail pour faire face aux coûts identifiés, représentés par l'activité physique, faire ce qu'ils veulent, "se détacher" du travail, rechercher la religiosité et la resignification du travail. L'étude fait la promotion des exigences de l'unité de recherche et d'autres recherches dans le contexte des urgences médicales, en vue de changer le contexte de travail.

Mots clés: Coût humain du travail; stratégies de médiation; Ergonomie; urgences médicales.

Resumen

Esta investigación buscó identificar los costos humanos relacionados con la actividad médica en una Unidad de Pronto Atención y describir las estrategias lanzadas por estos profesionales para hacer frente a los costos. El estudio fue conducido por la perspectiva de la Ergonomía de la Actividad. Se realizaron 13 entrevistas semiestructuradas y los datos sometidos al análisis léxico con el uso del software IRaMuTeQ. Se observaron en los discursos relativos a los costos humanos del trabajo una predominancia negativa (84,2% de los discursos analizados), con la descripción de repercusiones fisiológicas del trabajo en la forma de síntomas y enfermedades; además de repercusiones físicas, cognitivas y afectivas, representadas bajo la forma de agotamiento, sobrecarga, agotamiento, cansancio, ansiedad, tristeza, labilidad emocional. Las estrategias identificadas en los discursos se clasificaron en dos ejes: uno relativo a la necesidad de apoyo, ya sea por los compañeros de trabajo, de otros profesionales, de la gestión, de familiares o de amigos; el segundo eje describe estrategias dentro y fuera del trabajo para lidiar con los costos identificados, representados por actividad física, hacer lo que le gusta, "desligarse" del trabajo, búsqueda de la religiosidad y de la resignificación del trabajo. El estudio fomenta demandas de la unidad investigada y de otras investigaciones en el contexto de emergencias médicas, con miras a los cambios del contexto de trabajo.

Palabras clave: Costo humano del trabajo; estrategias de mediación; Ergonomía; emergencias médicas.

Introdução

Captar as formas como os trabalhadores avaliam seu ambiente de trabalho é um desafio para as ciências do trabalho e da saúde, porém essencial para a proposição de mudanças que visem a promoção de bem-estar no trabalho, a eficiência e a eficácia dos processos produtivos (Ferreira; Araújo; Almeida; & Mendes, 2011). Mesmo após décadas de pesquisa sobre o assunto, os dados da Organização Mundial do Trabalho (OIT, 2013) indicam o aumento no número de comorbidades, de acidentes e de mortes relacionados ao trabalho. Vários estudos e pesquisas surgem na tentativa de elucidar e descrever o nexos causal entre o trabalho e o processo saúde-doença. Apesar dos esforços diversos para mitigar a lista dos problemas relacionados ao

trabalho, a natureza distinta e as características dos postos de trabalho constituem forte obstáculo à tentativa de cobrir os riscos existentes e o rol de doenças ocupacionais.

A classificação e a elucidação dos problemas de saúde relacionados ao trabalho são propostas por Davezies (1998) com base em três categorias distintas, englobando tanto os aspectos biológicos do processo saúde-doença, quanto aspectos psicológicos e sociais:

- a. Os danos diretos à integridade física: Efeitos da exposição aos riscos físico-químicos (ex. substâncias tóxicas), vibração, ruído e radiação gerando doenças ósteo-musculares, perdas auditivas e alterações hematopoiéticas;
- b. Os danos devido à hipersolicitação dos seres humanos no trabalho: Oriundos das demandas que ultrapassam as capacidades dos seres humanos no trabalho (ex. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho DORT; esgotamento diante das situações de trabalho; excesso de trabalho; intensificação; dificuldades na gestão da carga de trabalho) gerando sentimentos de esvaziamento, dificuldades de relacionamento, isolamento e desânimo; e
- c. Os danos à dignidade e à auto-estima: Relativos às exigências emocionais das tarefas no trabalho, distintas tanto para os trabalhadores quanto para os empregadores. Para empregadores, a organização do trabalho visa a elevação da qualidade, da produtividade e da competitividade, com redução dos custos e aumento dos lucros; para trabalhadores, o resultado se apresenta na forma de elogios e agradecimentos pelas contribuições, sem necessariamente dispor condições adequadas para tal. Geram no trabalhador um sentimento de humilhação, de raiva, de desgosto, de desengajamento.

Contextualizando e articulando tais aspectos mencionados com a atividade de trabalhadores de saúde o cenário parece ser ainda mais grave. O dia-a-dia de emergências médicas públicas, por exemplo, apresenta características que são deletérias à saúde destes profissionais. O relatório *Perfil dos Médicos no Brasil – relatório final: Médicos em números* (Machado; Avila; Oliveira; Lozana, & Pinto, 1996), mostra que os médicos que atuam em atividades de plantão nos serviços de emergência mostram percentuais mais elevados de desgaste profissional (90,5%); e comparativamente ao setor onde exercem a atividade, o setor público é o que apresenta maior taxa de desgaste. Pesquisa conduzida por Silva (2001) evidencia algumas das fontes reais de tais desgastes. Nos serviços de emergência, de uma maneira geral, há um acúmulo de pacientes ambulatoriais em face à demanda reprimida e à precariedade do sistema de saúde. O médico, neste ambiente, afirma Silva (2001), corre contra o tempo para atender o maior número de pessoas, lidando com o imprevisto, o inesperado, atendendo pacientes pelos corredores em cima de macas, atuando em condições precárias de material e equipamentos e, às vezes, com deficiência de recursos humanos.

As matérias veiculadas pelos meios de comunicação de massa revelam o clima dentro de uma emergência médica se assemelha ao de uma guerra. O tempo transcorre entre gritos, lágrimas, desespero, revolta. Para os usuários este tempo se reflete nas longas horas dentro de uma sala de espera, nas macas improvisadas em cadeiras ou no próprio chão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Para os profissionais de saúde, tal tempo significa enfrentamento diário e repetitivo das adversidades que se contrapõem ao exercício pleno, digno, humano e de qualidade da profissão. Contudo, neste cenário de guerra, as posições de luta são distintas: os usuários clamam por atendimento, por solução, por alívio, por respostas; enquanto os profissionais de saúde lutam por condições, por insumos e por estrutura, a fim de poderem prestar um atendimento de qualidade para o qual foram treinados.

Pensando no papel do médico, este acaba assumindo grande parte da responsabilidade pelo cuidado dos pacientes, e diariamente estes profissionais se deparam com uma *escolha de Sofia*, onde devem escolher quem recebe tratamento *x* ou *y*, para qual paciente o recurso vai ser direcionado, mesmo que vários o necessitem ao mesmo tempo. Todas essas decisões na tentativa de melhor atender aquele que precisa de cuidado, preocupado sempre com o bem-estar do paciente, mesmo em um contexto onde os recursos são escassos, e tentando ao máximo evitar a negligência e a omissão de socorro. Tais tomadas de decisão implicam em alto custo humano. A elevada responsabilidade impacta nos sentimentos de angústia, ansiedade e desgaste vivenciados por estes profissionais na qual o modelo de organização do trabalho tem inequívoco protagonismo (Gualejac, 2007). Investigar as relações entre o trabalho médico e contexto de trabalho em emergências médicas se apresenta, portanto, como objeto de investigação importante, necessário.

Nesta direção, o referencial da Ergonomia da Atividade (EA) estruturou a condução da pesquisa. Esta jovem ciência do trabalho é assim definida por Ferreira (2017, p. 137): “abordagem científica antropocêntrica que se fundamenta em conhecimentos interdisciplinares das ciências humanas e da saúde para, de um lado, compatibilizar os produtos e as tecnologias com as características e necessidades dos usuários e, de outro, humanizar o contexto sociotécnico de trabalho, adaptando-o tanto aos objetivos do sujeito e do grupo, quanto às exigências das tarefas e das situações de trabalho.

Com base nas contribuições de Ferreira (2017), dois conceitos foram centrais na investigação:

a. Custo Humano do Trabalho (CHT) expressa o que deve ser despendido pelos trabalhadores nas esferas física, cognitiva e afetiva, a fim de responderem às exigências de tarefas (formais e/ou informais) postas nas situações de trabalho. O CHT abrange as

propriedades humanas do pensar, do agir e do sentir que, por sua vez, caracterizam e traçam os perfis dos modos de ser e de viver dos trabalhadores nos contextos de produção de mercadorias e serviços (p. 184).

b. Estratégias de Mediação Individual e Coletivas (EMIC) expressam os “modos de pensar, sentir e de agir” dos trabalhadores em face das situações vivenciadas. Elas visam responder, do melhor modo possível (modos operatórios pertinentes), à diversidade de contradições que caracteriza e impacta no custo humano do trabalho, prevenindo as vivências de mal-estar no trabalho e instaurando, em contrapartida, as vivências de bem-estar (185).

O objetivo geral da pesquisa é duplo: identificar os custos humanos relacionados à atividade médica em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do DF e descrever as estratégias empregadas por estes profissionais para lidar com os custos. Realizou-se, para tanto, estudo de caso, de natureza empírica, exploratória e descritiva (Demo, 2000). Tal estudo busca contribuir para a consolidação do conhecimento teórico-metodológico produzido sobre o trabalho dos profissionais de saúde no contexto de emergenciais médicas e, desta forma, fornecer subsídios empíricos tanto para a humanização gerencial dos ambientes de trabalho quanto da melhoria da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos.

Materiais e métodos

A condução da pesquisa segue rigorosamente os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012 (CNS, 2012), garantindo a autonomia, a não-maleficência, a beneficência e a justiça bem como o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 510/2016 (CNS, 2016) no Art. 1º, Parágrafo único, inciso VII, que isenta de submissão de projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Esta pesquisa realizou-se no âmbito de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) de uma região administrativa do Distrito Federal. Esta UPA, segundo a Portaria nº 386 de 27 julho de 2017, publicada no Diário Oficial do Distrito Federal nº 148 de 3 de agosto de 2017, corresponde ao componente pré-hospitalar fixo da rede de atenção às urgências e emergências do Distrito Federal. Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 10, de 3 de janeiro de 2017, define-se uma UPA como o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, que possui como finalidade possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. As diretrizes básicas da UPA são: (a) o funcionamento ininterrupto; (b) a

presença de equipe assistencial multiprofissional; (c) o acolhimento; e (d) a classificação de risco. As atividades desenvolvidas giram em torno da prestação de atendimento médico aos pacientes acometidos por quadros clínicos agudos ou agudizados, e ainda o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e/ou de trauma. O objetivo é o atendimento resolutivo, incluindo o diagnóstico e tratamento, mas por vezes apenas a estabilização clínica, a investigação diagnóstica inicial, e o correto encaminhamento dos pacientes. Entretanto, entre o escopo prescrito e as situações reais de trabalho pode existir, como se poderá constatar nos resultados um cenário, figurativamente, de guerra.

Valendo-se do fato de um dos autores do artigo fazer parte do quadro de médicos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pesquisada, o estabelecimento de um *rappor*t positivo com os participantes durante a pesquisa foi um facilitador. Esse *rappor*t foi reforçado ao início de cada uma das entrevistas, onde eram fornecidos aos participantes informações preliminares do estudo: a justificativas e os objetivos da entrevista; o caráter voluntário das participações; o tratamento agrupado dos dados apenas pelos pesquisadores a fim de preservar o sigilo das informações e o anonimato dos participantes.

A coleta dos dados fez uso parcial da abordagem Análise Ergonômica do Trabalho (AET) não sendo utilizado, por exemplo, observação sistemática. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente e submetidas à avaliação dos participantes para validação dos dados. O período de realização das 13 entrevistas semiestruturadas ocorreu entre junho e julho de 2018. A amostra de conveniência correspondeu a cerca de 72% do total de médicos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo adequada para o escopo deste estudo dado o caráter pesquisa exploratória que, segundo Oliveira (2001), serve para geração de ideias como base para hipóteses e *insights*.

As entrevistas foram organizadas em categorias analíticas pré-definidas, segundo o referencial teórico-metodológico adotado, formando dois *corpus* textuais específicos que foram submetidos à análise lexicométrica pelo *software* IRaMuTeQ, (Camargo, & Justo, 2013). O tratamento utilizado foi a Classificação Hierárquica Descendente (CDH), concebido por Reinert (1990) que permite identificar os Núcleos Temáticos Estruturadores do Discursos (NTED), seus percentuais na produção do discurso, correlações interclasses e frases mais representativas. Não exorbita salientar que os resultados obtidos não se prestam a generalização à outras populações, mas sim à produção de resultados satisfatórios e representativos desta amostra, os quais, conforme assinala Yin (2015) podem servir de subsídios para novas agendas de pesquisa e ainda fomentar a discussão sobre o tema.

Perfil dos participantes – Os traços mais característicos dos participante sete mulheres e seis homens; idade até 35 anos completos (média de 32 anos); seis casados, seis solteiros e um divorciado; a maioria possuindo algum tipo de especialização médica; e quase a metade possuíam três a cinco anos de egresso da graduação; quase todos ainda estavam no estágio probatório, ou seja, tinha menos de 3 anos de trabalho na UPA.

Resultados e discussão

A apresentação dos resultados a seguir buscam fornecer elementos de respostas ao objetivo central da pesquisa, centrado na análise da relação entre custo humano do trabalho e as estratégias de mediação individuais e coletivas.

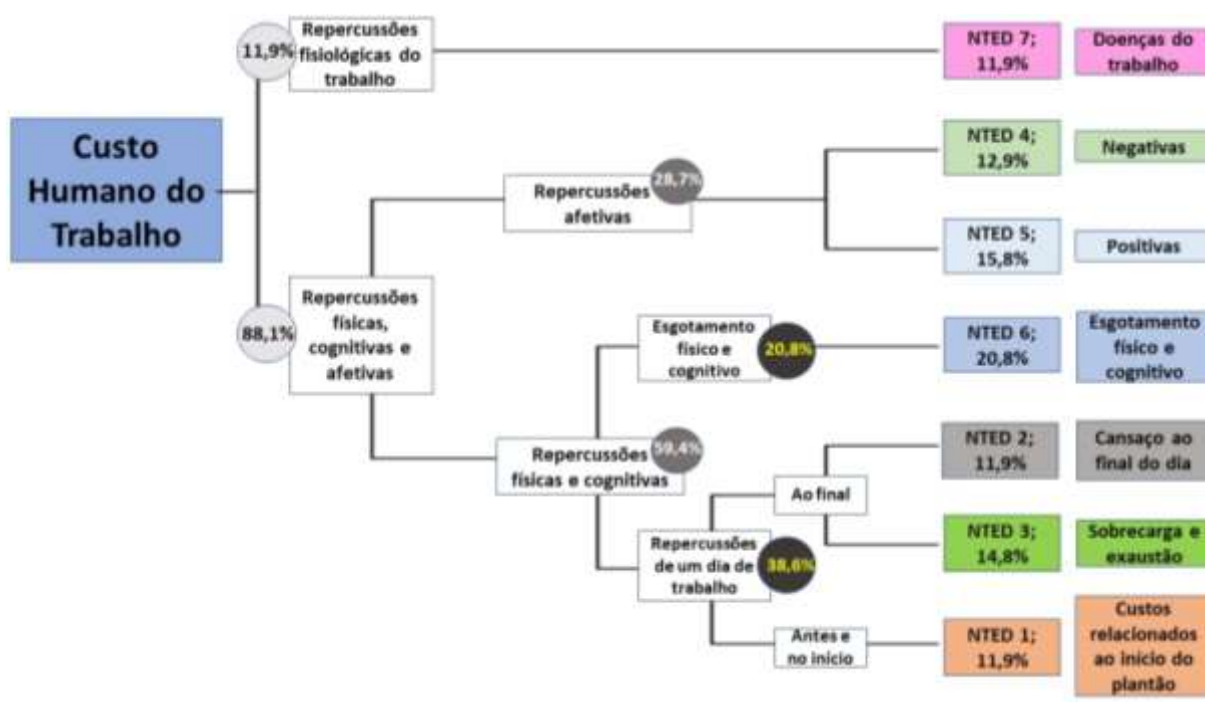
1. Custo Humano do Trabalho

Constituiu-se o *corpus* textual referente ao CHT com base nas respostas dos participantes à pergunta: “[Nome do Médico], como você se sente ao final de um dia de trabalho na [Unidade]?”. O tratamento do IRaMuTeQ evidenciou: 122 segmentos de texto (ST); aproveitamento de 101 (82,79%); 4290 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos); 879 distintas; 452 de ocorrência única; e identificou-se sete núcleos temáticos estruturadores de discurso (NTED).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (Figura 1) possibilitou identificar dois eixos distintos e complementares, resultantes das falas dos entrevistados.



Figura 1: Classes Temáticas Estruturadoras do Custo Humano do Trabalho.



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Um eixo que trata das repercussões do CHT, ou seja, descreve a percepção pelos participantes da incidência de sintomas e doenças relacionadas ao trabalho, aqueles passíveis de tratamento com medicações, remédios. Este eixo constituiu-se apenas pelo NTED 7 – “*Repercussões fisiológicas do trabalho*”. O outro eixo, mais amplo e ramificado, compreende todos os outros NTEDs, e apresenta discursos que concernem com as dimensões que integram o conceito de CHT (físico, cognitivo, afetivo), denominado de “*Repercussões físicas, cognitivas e afetivas do trabalho*”.

Tais resultados veiculam mensagens importantes do estudo:

1. Apenas 11,9% das evocações dos entrevistados fazem relação/nexo causal com doenças. Apesar da pequena porcentagem, esse dado da incidência de doenças é significativo, visto que impacta tanto nos trabalhadores quanto em custos previdenciários e para a instituição, pois são relacionadas aos afastamentos de saúde que, em consequência, repercutem ainda mais na sobrecarga de trabalho que os participantes referem nos demais núcleos desta análise; e
2. 88,1% das evocações são representativas dos custos físicos, cognitivos e afetivos, que podem ter relação com o aparecimento de doenças, mas não fazendo a conexão direta com o trabalho, tal qual o primeiro eixo.

Esses resultados encontram interface com achados na literatura. Ramos-Cerqueira e Lima (2002) citam estudos que descrevem a incidência de síndromes relacionadas à atividade

médica: a síndrome da sobrecarga de trabalho (com sintomas de fadiga, irritabilidade, distúrbio do sono, dificuldade de concentração, depressão e queixas físicas) e a síndrome de *burnout*.

Vejamos mais detalhes o que mostram os resultados encontrados em cada um dos eixos identificados.

Quanto ao Eixo 1 “Repercussões fisiológicas do trabalho”:

O NTED 7 “Doenças do trabalho” (11,88%, $f = 12$ ST) do *corpus* textual total. É resultado das relações e coocorrência de palavras e radicais que se encontram no intervalo de $x^2 = 5,78$ (“Ruim”) e $x^2 = 22,93$ (“Medicação”). Não emergiram diferenças estatisticamente significativas das variáveis adotadas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo desde a graduação, tempo na UPA). As falas representativas deste núcleo (ST típicos) descrevem a percepção da incidência de sintomas e doenças, àqueles passíveis de tratamento com medicações (grifos nossos):

“Saio daqui com uma **dor muscular** assim, que eu não tenho nenhum outro plantão, entendeu? [...] Periodicamente eu acabo tendo **crise de ansiedade**. Em função disso eu estou **fazendo uso de ansiolítico, de medicação** para ansiedade. Recentemente, tem 15 dias eu tive que voltar pro psiquiatra para poder ajustar novamente a medicação. **E em função disso, acabei que eu fiquei 10 dias afastado** daqui da UPA pra poder ajustar a medicação e tudo. Preciso **fazer tratamento** com terapia e tudo. Entendeu? E em função da minha vida como médico.” (part. 4);

“É, por exemplo: eu tenho do plantão, **no outro dia eu tô com enxaqueca**. É fato. É um fato, eu tô com **dor na cervical**, aqui de um lado, **contratura muscular**. Aí eu fico gastando para fazer as outras coisas. Tipo assim: eu me acabo no plantão. Entende? É fisicamente, é afetado. Oh, **eu tenho que tomar remédio** toda vez. Eu tenho que tomar um relaxante muscular. Coisa que eu não preciso se eu tiver no meu dia normal. Não. Então tipo assim: eu me medico muito mais para dar plantão.” (part. 9);

“Eu vivia assim **triste**, com **vontade de chorar**, às vezes descontava em outras, outras pessoas que não tinham nada a ver com o problema. Às vezes **tinha que tomar alguma medicação** pra tentar tirar a dor, pra dormir, pra... Às vezes até chegava a usar álcool, pra dormir, pra relaxar um pouco.” (part. 13).

Quanto ao segundo eixo de análise, denominado “Repercussões físicas, cognitivas e afetivas”, os resultados mostram uma diversidade de aspectos. É o eixo mais robusto da análise, contemplando todos os 6 NTED restantes, formado pela retenção de aproximadamente 88,1% dos ST do *corpus* total analisado. A importância deste eixo é decorrente das queixas que estes participantes referem em relação à execução de suas atividades, não guardando especificidade suficiente para a classificação dentro de uma doença ou síndrome. Esse eixo de análise guarda coerência com a literatura (Assunção, 2003) acerca das relações entre o trabalho e o processo saúde-doença, pois segundo esta autora, que considera saúde para além da dimensão da

ausência de doenças, as repercussões sociais, econômicas e psicológicas interferem neste processo.

O primeiro nível deste eixo, formado pelos NTED 4 e 5, apresentam evocações relativas às repercussões afetivas do trabalho denominado de “*Repercussões afetivas*”, evidenciando os efeitos positivos e negativos. O segundo nível é ainda mais ramificado versando sobre as “*Repercussões físicas e cognitivas*” do trabalho. Neste caso, dois subníveis foram identificados:

- a. O primeiro subnível versa sobre o esgotamento como resultado do trabalho executado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), tanto físico como mental, representados na forma de falta de energia, adinamia, esgotamento cognitivo.
- b. O segundo subnível apresenta os discursos que remetem às manifestações físicas e cognitivas relativas ao dia de trabalho, diferenciando os custos relativos ao início do dia de trabalho na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) dos custos e aqueles que emergem ao final do dia, resultantes da jornada executada. Neste sentido, cabe destacar que:

- As evocações que versam sobre os custos “*Antes e no início*” do dia de trabalho padrão formaram o NTED 1 – “*Custos relacionados ao início do plantão*” –, e apresentam descrições como “chegar cansado” no trabalho e apresentar “ansiedade” antes mesmo de chegar no trabalho.
- As evocações dos custos apresentados “*Ao final*” do dia de trabalho formaram os NTED 2 e 3 – respectivamente “*Cansaço ao final do dia*” e “*Sobrecarga e exaustão*” –, com discursos que remetem ao cansaço físico, à exaustão e à baixa de rendimento no trabalho, resultados sobrecarga e da carga de trabalho na Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Vejamos os principais resultados em cada nível deste eixo.

1.1 Primeiro Nível: Repercussões afetivas (negativas e positivas)

Com 32,6% dos discursos considerados para a formação do eixo, este nível é formado pelos NTED 4 e 5, apresentando evocações relativas aos afetos vivenciados enquanto da realização do trabalho. O NTED 4 (Repercussões Afetivas) Negativas corresponde a 12,87% ($f = 13$ ST) do *corpus* textual, apresentando as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,26$ (“Quando”) e $x^2 = 28,19$ (“Situação”). Por sua vez, o NTED 5 (Repercussões Afetivas) Positivas corresponde a retenção de 21,05% ($f = 16$ ST), com palavras e radicais no intervalo de $x^2 = 3,91$ (“Inteiro”) e $x^2 = 12,78$ (“Hora”). Eles apresentam as evocações predominantes de

um dos participantes da pesquisa; porém o NTED 5 ainda elenca que os discursos dos médicos ($x^2 = 9,35$; 14 ST) e tempo de formação entre 36 a 72 meses ($x^2 = 8,84$; 15 ST) foram as variáveis estruturadoras deste núcleo. As falas representativas destes núcleos (ST típicos) descrevem tanto os estados de humor deprimido, tristeza, labilidade emocional; quanto alguns afetos relativos à satisfação e à gratificação do trabalho realizado, com descrições de “sair bem”, “feliz” com o trabalho realizado.

Frases típicas do NTED 4 (Repercussões Afetivas) Negativas (grifos nossos):

“O que acaba **que às vezes eu fico um pouco desproporcional** com as outras pessoas. Eu acabo que às vezes **agrido verbalmente** alguém que não deveria ser naquele momento, se eu tivesse numa situação que eu tivesse saindo de um plantão daqui, não teria acontecido isso.” (part. 4);

“Às vezes quando você perde um paciente que você acha que poderia ter dado um pouco mais, você fica se perguntando se faltou alguma coisa e tudo, e isso acaba me deixando assim bem **chateado e triste** em relação à essa situação.” (part. 4).

Frases típicas do NTED 4 (Repercussões Afetivas) Positivas (grifos nossos):

“Se eu tiver um **bem-estar no trabalho eu mantenho um humor bom**, até o fim. E não é qualquer coisa que tira meu humor... precisa ser fort Leandro Silva Pádua, Mário César Ferreira e...” (part. 1);

“Porque, como eu falei anteriormente, é um trabalho que **é um trabalho que tem um retorno assim**, você vê ali o paciente melhorando na sua frente, [...] que se ver melhorar objetivamente na sua frente ali. É um paciente que é um paciente que precisa de cuidados. Você vê que **é um paciente que precisa de um atendimento médico de qualidade, e às vezes consegue, mesmo com todas as limitações**, a gente consegue fazer um atendimento, que poderia ser um pouco melhor, mas que a gente consegue fazer. **Isso dá uma satisfação** pra gente.” (part. 4).

A descrição dos afetos positivos serem predominantemente resultados das evocações dos participantes do sexo masculino pode ser discutida pela perspectiva da distinção de gênero com relação ao (auto)cuidado. Historicamente, o cuidado com a saúde e a vida teve como foco as mulheres e as crianças, determinando o estereótipo de ‘sexo frágil’ às mulheres, que requerem mais cuidado, e de ‘sexo forte’ aos homens. Barata (2009) refere que em estudos sobre a percepção de saúde, as mulheres são as que relatam pior avaliação, ou seja, avaliações negativas. Segundo Botton, Cúnico e Strey (2017), diferenças de gênero decorrem da trajetória histórica e cultural da formação sobre os modos de viver e de se cuidar, uma vez que a orientação para o cuidado de si e dos outros não faz parte da socialização dos homens. Por isso, pode-se depreender que as percepções sobre o cuidado com o outro podem ter conteúdo mais positivo para os homens, uma vez que a preocupação com o cuidado é histórica e culturalmente mais relacionada às mulheres. Nesta pesquisa o núcleo dos afetos negativos não mostrou nível

estatístico de significância para as evocações das médicas. Esse resultado provavelmente está relacionado ao número de sujeitos entrevistados. Por fim, apesar de representativo este núcleo, a menor importância com relação aos afetos vivenciados talvez decorra da dificuldade dos participantes, e das pessoas de modo geral, elaborar cognitivamente ou reconhecer as emoções (Domingues, 2001).

1.2 Segundo Nível: Repercussões físicas e cognitivas

É formado por quatro NTED distintos com a retenção de 59,4% dos ST do *corpus* total analisado que, por sua vez, dão origem a dois subníveis distintos:

- a. Um subnível contendo representações relativas ao sentimento de esgotamento físico e cognitivo causado pelo trabalho (NTED 6 “Esgotamento físico e cognitivo”); e
- b. Outro subnível “*Repercussões de um dia de trabalho*” com representações relativas às repercussões físicas e cognitivas resultantes de um dia de trabalho sentidas no plantão (início = NTED 1 “*Custos relacionados ao início do plantão*”; e final NTED 2 “*Cansaço ao final do dia*” e NTED 3 “*Sobrecarga e exaustão*”).

Vejamos os principais resultados em cada subníveis deste eixo.

1.2.1 Primeiro subnível: “Esgotamento físico e cognitivo” NTED 6

Este subnível é formado por 20,79% ($f = 21$ ST) do *corpus* textual de CHT, palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,95$ “Energia” e $x^2 = 19,46$ “Porque”. Apresenta evocações predominantes de uma participante em específico, e dos participantes com menor tempo de graduação (até 36 meses; $x^2 = 6,45$; 8 ST). Isto permite inferir que o menor tempo de graduação talvez possa estar influenciando nessas representações de esgotamento, e que aqueles com mais tempo de ‘lida’ como profissionais médicos tenham mais aparatos ou artifícios para contornar este esgotamento. Eis frases típicas que integram este núcleo (grifos nossos):

“Bom, **esgotamento físico e mental** sem dúvida né? Eu acho que **é impossível você não sair esgotado**. Porque nós somos muito **expostos** aqui. A nossa média de atendimento aqui, especialmente durante o dia, a gente mexe, a gente atende muitas pessoas, convive com muitas pessoas, muitos **problemas** dos mais simples aos mais complexos. É impossível não causar um esgotamento emocional e físico.” (part. 5);

“Eu simplesmente tô muito cansada e quero descansar. Físico, emocional. Porque você tem que, infelizmente, você tem que ver as pessoas né... você tem que conviver com morte, por exemplo.” (part. 6);

“Ah, é um esgotamento. Físico, mental. Assim, é muito desgastante. Em outros trabalhos, em outros serviços não desgasta tanto como aqui. Assim, **a gente fica muito sobrecarregado.**” (part. 10).

1.2.2 Segundo Subnível: Repercussões de um Dia de Trabalho

Quanto ao NTED 1 Custos relacionados ao “antes e no início” do plantão (retenção de 11,9%; 12 ST) ele apresenta as evocações das repercussões físicas e cognitivas de um dia de trabalho. As palavras e radicais que o compõem estão no intervalo de $x^2 = 3,97$ “Até” e $x^2 = 18,29$ “Unidade”. As evocações são predominantes de dois participantes da pesquisa, e daqueles que não possuem nenhum tipo de especialização (12 ST; $x^2 = 8,57$). Eis frases típicas que integram este núcleo (grifos nossos):

“E tudo isso acaba me dando muita apreensão e muita ansiedade. E mais importante de tudo é, que eu fico louco pra tirar férias.” (part. 4);

“A gente chega com uma estafa mesmo, mental e física. Sim, é... algumas vezes, eu já pensei assim, de estar desenvolvendo algum transtorno de ansiedade. Mais por essa cobrança mesmo. Né? Assim: eu noto que é diferente. A pessoa assim que ela chega no começo do plantão, ela tá com o humor mais leve. Ao final a gente já tá mais... não é a mesma coisa. A gente já tá com um desgaste emocional maior. E aí isso realmente interfere.” (part. 10);

“Aí eu sempre digo pro pessoal: gente, eu já chego cansado aqui. Porque é a estrada, o sol, e tudo.” (part. 11).

Uma inferência possível é que, para estes profissionais sem especialização, o exercício da atividade médica em condições precárias gera maior custo cognitivo para a resolução de problemas do que para aqueles com mais escolaridade/expertise. Barros (2015) cita estudos em que a necessidade de se manterem constantemente atualizados é elemento, entre vários outros, indicativo da presença de pressão para a execução do trabalho médico.

No que concerne o NTED 2 “Cansaço ao final do dia” (retenção de 11,88%; 12 ST) este núcleo apresenta os ST relacionados às repercussões físicas e cognitivas manifestas ao final de um dia de trabalho, com a descrição de que o sentimento é de cansaço extremo. As evocações predominantes foram de dois participantes da pesquisa, todavia os participantes com maior tempo de profissão desde a graduação são os mais representativos deste núcleo (6 ST; $x^2 = 7,05$). Eis frases típicas que integram este núcleo (grifos nossos):

“Então isso tudo é, pra mim assim, é energia. E vem pra gente. Então no final do dia, você tá pesado, pesado, esgotado, cansado.” (part. 6);

“Então no final do plantão, a coisa boa que tem é: chegou o final, vou embora. Sendo bem sincera. É assim, mas **o cansaço, esgotamento, ele é evidente.**” (part. 6);

“Assim: eu noto que é diferente. A pessoa assim que ela chega no começo do plantão, ela tá com o humor mais leve. Ao final a gente já tá mais... não é a mesma coisa. A gente já tá com um desgaste emocional maior.” (part. 10);

“Mas **a parte mental vai sendo desgastada e dilapidada ao longo do dia** também, que é aquele cansaço que quando você chega o final do plantão você: ufa, sobrevivi.” (part. 11);

“É você tentar fazer pelo paciente, não conseguir resolver ou resolver parcialmente, e **parece que no final do dia você enxugou gelo.** Porque você fez, fez, fez, fez, mas se no final do dia, será que eu deixei do jeito que eu queria? Que... deixar? Então tem isso. Que é, **é cansativo.** Sempre no final do plantão você se sente cansado. É, vai somando as coisas ao longo do dia. Né?” (part. 11).

Tais resultados são corroborados por dados que mostram que a profissão médica tem tido um traço marcante de estafa, conforme indica relatório do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2007).

No que concerne o NTED 3 “Sobrecarga e exaustão” (14,85% dos ST; f = 15 ST; com palavras no intervalo de $x^2 = 4,07$ “Começo” e $x^2 = 30,16$ “Hoje”), ele é relativo às repercussões também manifestas ao final do dia de trabalho, mas focado em evocações acerca da sobrecarga e da exaustão causadas pelo trabalho. Os discursos predominantes vêm das entrevistas dos participantes 1, 3 e 12 da amostra e daqueles com maior tempo desde a graduação (8 ST; $x^2 = 11,83$) e dos com idade acima de 36 anos (5 ST; $x^2 = 9,14$). Os segmentos típicos deste núcleo são: Eis frases típicas que integram este núcleo (grifos nossos):

“Então assim... **você trabalha 12 horas**, vamos concordar que é 4 horas a mais, é um terço a mais do que qualquer outra pessoa faz em qualquer outro lugar... entendeu? Então a gente faz um terço a mais do que qualquer outro... **todo mundo trabalha 8 horas. A gente trabalha 12 horas.** Então assim, é **normal** você ter um **cansaço físico.** Não é... a gente anda, a gente atende.” (part. 1);

“Eu acho que já **não consigo mais render igual rendia no começo do plantão** né? Que eu acho assim, **12 horas é o limite máximo de um plantão.** Não sei como alguém consegue fazer 18. Te juro. E nem 24, e nem 36. Então pra mim 12 horas é o limite de plantão.” (part. 3);

“Fisicamente porque eu acho que a **gente trabalha além do limite.** Entende? **No lugar que era pra ter muito mais gente, você trabalha...** por exemplo: no plantão de hoje você vai trabalhar 2 pessoas, no lugar que precisava de mais. Então você tá desgastado fisicamente porque você atendeu muita gente.” (part. 9);

“É **sempre cansado.** É sempre. **Não tem nenhum plantão que você diga assim: não, hoje foi leve, foi tranquilo.** Claro que tem uns que são mais puxados que os outros, mas é sempre cansativo. Por conta desse desgaste, porque é... às vezes você tá lá naquela correria tentando, tentando, tentando fazer pelo paciente. Eu acho que é o que mais desgasta.” (part. 11).

Os dados levantados de certa forma contradizem com os levantamentos de Machado; Avila; Oliveira; Lozana, & Pinto, (1996) e Machado; Barcelos; Braga; Campos; Lozana;

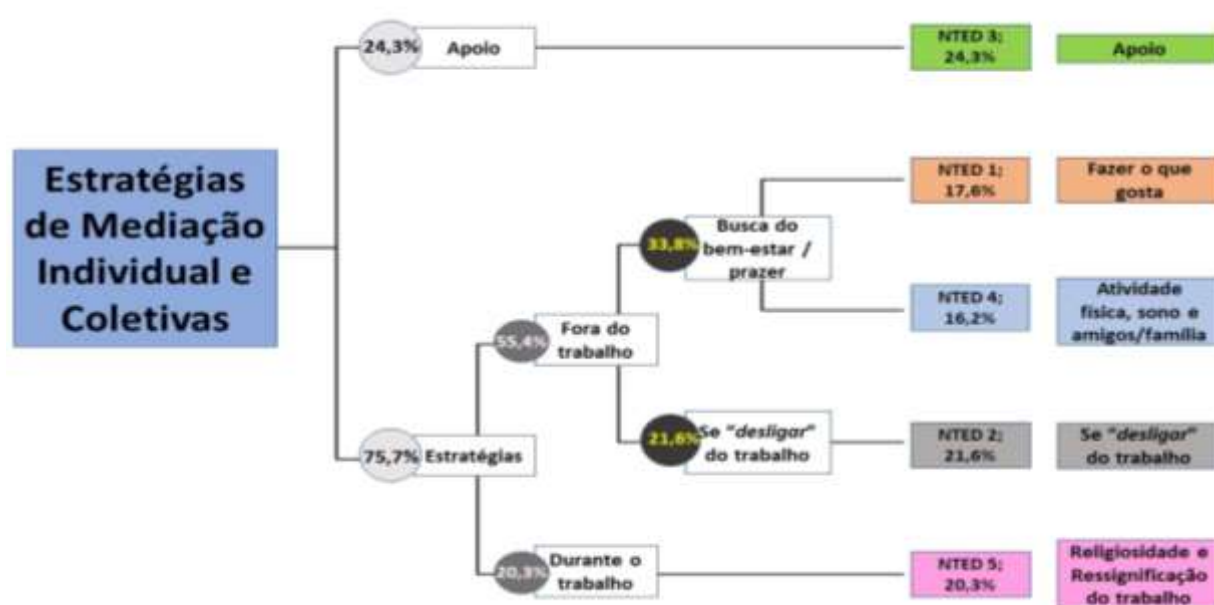
Oliveira; Perreira; Pinto; Rego, & Sertã, 1997), os quais afirmam que, com relação à faixa etária, os médicos mais jovens são aqueles que apresentam um maior desgaste. Há de se considerar que este estudo descreve desgaste de forma geral, não explicitando suas modalidades de manifestação.

2. Estratégias de Mediação Individual e Coletivas (EMICs)

O corpus textual referente às EMICs concerne às respostas dos participantes à pergunta: “O que você faz para lidar com esse custo humano proveniente de seu trabalho como médico na [Unidade]?”. Esse corpus organizado em 106 ST, com aproveitamento de 74 (69,81%), onde emergiram 3582 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 847 palavras distintas e 464 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em cinco núcleos temáticos distintos. Os resultados são apresentados na Figura 2.

De acordo com a Classificação Hierárquica Descendente, as EMICs se ancoram em dois eixos distintos:

Figura 2: Classes Temáticas Estruturadoras das Estratégias de Mediação Individual e Coletiva



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

2.1 Estratégia: Expectativa de Apoio

O primeiro eixo é relativo à temática “apoio” no sentido de que, para lidar com estes custos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pesquisada, é importante ter apoio das mais diversas formas (dos pares, da equipe, psicológico e profissional). Estes discursos assumem o sentido de amparo, suporte, ajuda e auxílio e compõem o NTED 3 “Apoio” com retenção de 24,32% dos ST; $f = 18$ ST). As palavras e radicais que o compõe estão no intervalo de $x^2 = 4,14$ “Só” e $x^2 = 16,68$ “Profissional”.

Eis frases típicas que integram este núcleo (grifos nossos):

“Mas assim, eu costumo me **apegar a colaboração e o conselho dos amigos** né? Que são colegas médicos aqui, que **dão um apoio pra gente** e a gente continuar. Aos **meus familiares** também. Até a **questão de origem assim espiritual, eu conto com essa força** para poder também conseguir seguir em frente, né? Tendo uma oração e tudo.” (part. 4);

“E também, de repente, até um **apoio psicológico**, né? Um psicólogo aqui é... à disposição dos médicos na Secretaria de Saúde.” (part. 6);

“Eu tenho **apoio religioso** também. Bem menos do que eu gostaria, mas auxilia bastante. Eu acho que **conversar com outros colegas de trabalho** também, e ver o que que a gente pode fazer para melhorar, e **até desabafar só**. Já ajuda bastante a reduzir essa situação de estresse né?” (part. 7);

“A **principal felicidade é hora de sair do plantão e saber que vai para casa**. Né? Que vai **encontrar com a família**, vai descansar. Acho que o fator principal. Tanto ajudar o doente, como também pensar aqui com um pouco você vai estar junto da família novamente.” (part. 12).

É o núcleo mais robusto da análise com quase um quarto dos ST, autorizando inferir que ter apoio familiar, dos colegas de trabalho, dos amigos e profissional, entre todas as estratégias citadas talvez seja a mais importante. Cabe, todavia, destacar que se trata aqui mais de expectativa de apoio que propriamente estratégia de mediação individual e coletiva, conforme preconizado em Ergonomia (Wisner, 1995; Daniellou, 1996). Na analogia metafórica “cenário de guerra” que os resultados mencionados do custo humano parecem evidenciar, este núcleo sugere forte expectativa de ajuda externa, de pedido de socorro dos médicos para sobreviverem em contexto organizacional em que a saúde está em risco.

Para este núcleo, o discurso presente na entrevista de um dos participantes foi bastante expressivo para o tema ($x^2 = 8,6$; 8 ST), assim como o foi para os médicos com menos de 3 anos de graduação ($x^2 = 4,39$; 8 ST). Pode-se deduzir que para médicos inexperientes com pouca prática clínica, quando inseridos no contexto de emergências médicas, a expectativa de poder contar com apoio é um dos modos para lidar com as exigências do trabalho e seus custos relacionados. A relação entre fatores psicossociais estressores no contexto de trabalho e a

importância de apoio social (dos colegas de trabalho, das chefias, da família etc.) é um dado já conhecido da literatura na área médica (Silva, 2001). Além disto, segundo Scheffer, M. (2018) a maioria dos médicos recém-formados considera fundamental uma boa combinação entre trabalho e vida pessoal.

O segundo eixo, mais complexo, apresenta os discursos relativos às estratégias, aos modos de agir, pensar e sentir destes trabalhadores frente aos custos humanos do trabalho, já apresentados na Figura 1. Contempla todos os demais núcleos da questão geradora do *corpus*, correspondendo à 75,7% dos ST aproveitados. As estratégias são descritas em dois momentos, ou seja, àquelas realizadas durante o trabalho e àquelas que ocorrem fora do trabalho:

- a. Com relação às **estratégias durante trabalho**, os discursos relativos à estas se organizam em um núcleo apenas (NTED 5 “Religiosidade e ressignificação do trabalho”) representam 20,3% (f = 15 ST) dos ST do *corpus* total; e
- b. Quanto às **estratégias referidas fora do trabalho** são resultados dos aproximados três quartos restantes dos ST deste eixo (73,2% aproximadamente).

Vejamos mais detalhadamente no que consistem estas modalidades de estratégias para lidar com o custo humano do trabalho na Unidade de Pronto Atendimento do DF.

2.2 Estratégia Durante o trabalho: Religiosidade e Ressignificação do trabalho

Neste caso, as falas geraram apenas o NTED 5 (20,27%; f = 15 ST) do *corpus* total das EMIC. Dos discursos analisados, predominaram as evocações de dois participantes da pesquisa e não houve nível de significância com relação às variáveis adotadas. As palavras e radicais que compõem este núcleo estão no intervalo de $x^2 = 4,16$ e $x^2 = 20,49$.

Eis frases típicas que integram este núcleo (grifos nossos):

“Eu aprendi que, que, assim... não que eu aprendi, né? Mas é o que eu tenho comigo. É, é **a fé em Deus**. Né? É **a religiosidade**. É se apegar a Deus porque, sem essa fé, sem Deus, eu acho que é... a gente não é nada lá dentro não. Então eu acredito que, se eu tô indo lá, e continuo indo ou, seja por uma força maior, **é Deus que me dá forças**. Eu acredito nesse sentido. [...] Mas a, **busco uma espiritualidade**, uma força maior. A gente procura ir à missa.” (part. 11).

“Porque eu não quero ficar doente. E eu sei, porque assim, a gente... **pontualmente aqui é a minha fonte de estresse**. Mesmo, assim... os problemas começam aqui. **Mas eu tô tentando meio que ressignificar isso. Assim, encarar de uma forma diferente**. Eu acho que vai se tornar mais leve. Entendeu? Tô tentando. Porque eu acho... porque eu ainda preciso.” (part. 9).

As evocações remetem à religiosidade como um recurso pessoal importante para lidar com os custos descritos, com menções de que é preciso ter fé em Deus para dar conta do trabalho. Trata-se, a rigor, de resultado inédito a relação entre prática médica e o uso da religiosidade como modo lidar com os problemas vivenciados no trabalho. De um lado, contrasta com o grau de escolaridade e a tradição da formação médica, calcada nas ciências, de outro, sugere ser a opção que resta em contexto de trabalho que se assemelha à guerra. Não foi encontrado na literatura fontes que possibilitassem dialogar com tal resultado.

Apresenta também falas que remetem à resignificação do trabalho para os participantes, como forma de atenuar os impactos negativos oriundos do trabalho. Pinho, Abrahão e Ferreira (2003) e Dejours (2004) falam das estratégias que os trabalhadores criam para resignificar o sofrimento e transformar o que fazem no trabalho em fonte de prazer. Em pesquisa com médicos e enfermeiros, Barros (2015) apontou que estes acabaram recorrendo às práticas religiosas ou de cunho espiritual e à revisão de valores pertinentes ao equilíbrio entre vida social e vida profissional, entre outros, como mecanismos para lidarem com problemas do trabalho.

2.3 Estratégia Fora do Trabalho

Comparativamente às demais evocações, pode-se inferir que para os participantes as estratégias que estes utilizam fora do trabalho são as mais importantes e/ou efetivas para lidar com o custo humano do trabalho na UPA, visando à promoção de bem-estar no trabalho. Este tipo de estratégias nos discursos analisados representa mais de 50% dos ST aproveitados. Formado por aproximadamente 55,4% dos ST analisados do *corpus* total das EMIC (f = 41 ST), demonstrando o predomínio da descrição deste tipo de estratégias para os/as médicos/as participantes. Isto pode sugerir que essa modalidade seja a mais importante para os médicos pesquisados, visto a relevância na produção dos discursos.

2.3.1 Estratégia Fora do Trabalho: Busca do Bem-Estar/Prazer

Os discursos presentes nesta modalidade de estratégia descrevem atitudes e ações que objetivam a promoção de bem-estar, tanto físico quanto afetivo. São dois os núcleos que descrevem este tópico, os NTED 1 e 4. Estatisticamente, ambos apresentam peso semelhante dentro do *corpus* das EMIC.

Quanto ao **NTED 1 Fazer o que gosta** (17,57%; $f = 13$ ST) as palavras e radicais que o compõem estão no intervalo entre $x^2 = 4,27$ “Assim” e $x^2 = 17,06$ “Como”. Neste núcleo não aparece variáveis que mais produziram o discurso, indicando um ponto de vista generalizado entre os entrevistados. Eis frases típicas que integram este núcleo (grifos nossos):

“Eu tento **fazer uma coisa que eu gosto** também depois... primeiro porque eu faço uma coisa que eu gosto. Entendeu? [...] Mas aí depois você vai fazer uma coisa que você gosta... assistir um filme... assistir uma série... sair com alguém... namora... **faz o que você quiser**... entendeu? Uma coisa que você gosta, e aí dá aquela... entendeu?” (part. 1);

“**Tentar fazer o que eu gosto**, que é música. Tentar conviver com outro, **fazer outras coisas** para não... né? Ficar focado só aqui.” (part. 6).

Para os pesquisados fazer o que gosta ao sair do trabalho é importante estratégia de regular os conflitos e contradições vivenciadas do trabalho. Gerir, principalmente, sentimento de impotência, os medos em face à precariedade, falta de segurança no trabalho e de reconhecimento no trabalho, conforme evidenciou pesquisa de Lima (2012) com profissionais que cuidam dos outros.

No que concerne o **NTED 4 Atividade Física, Sono e Amigos/Família**: (16,22%; $f = 12$ ST) e as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,04$ “Bem” e $x^2 = 11,67$ “Dia” com a predominância das evocações de um dos participantes da pesquisa e também das falas dos participantes com idade inferior a 30 anos (8 ST; $x^2 = 4,06$). Eis frases típicas que integram este núcleo (grifos nossos):

“Pessoalmente, eu **tento levar um estilo de vida, atualmente, que não me faça gerar ansiedade**. Então tento preservar, fazer a minha escala de vida que eu tento **preservar sono** diário, **fazer atividade física**. Porque eu sei que a médio, longo prazo, isso me deixaria mais ansioso.” (part. 5);

“Ah, eu acho que é você tentar manter um **vínculo de amizade, de familiares**. De você **poder desabafar** também sobre isso. **Atividade física** também ajuda. Eu faço bem menos do que eu gostaria, mais ajuda sim.” (part. 7);

“**Busco a família**. Né? Então a minha esposa, a minha família. **Busco as pessoas que estão mais próximas de mim**.” (part. 11).

Este núcleo, em certa medida, complementa em significado o núcleo descrito anteriormente, uma vez que explicita as atividades e ações que os médicos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) citam como estratégias fora do trabalho para a promoção de bem-estar e busca do prazer. As evocações típicas remetem à realização de atividades físicas após a jornada de trabalho e com regularidade; à preservação do sono e a sua restauração, com a manutenção

de uma quantidade de horas adequada e reservando tempo suficiente para o sono após uma jornada de trabalho; e estar com amigos e familiares.

Como citado no relatório do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2007), que trata sobre a saúde dos médicos no Brasil, contrariando o que existe no imaginário popular, os médicos não estão imunes às doenças prevalentes na população em geral. O desgaste resultante de jornadas de trabalho exaustivas não raro leva os médicos a negligenciarem o cuidado com a sua saúde, o que pode resultar em adoecimento com proporções até mesmo superiores às das pessoas a quem prestam assistência. As atitudes destes profissionais, em face de sinais e/ou sintomas apresentados costumam ser, na maioria das vezes, como as das pessoas em geral: a busca do descanso, a automedicação, a consulta informal. Uma das falas de nossos entrevistados vai ao encontro de tais constatações: “Então se você não cuidar da sua saúde, ninguém tá preocupado, se você tá bem ou se você não tá. Você tem que impor você. As pessoas falam e, falam, falam, falam... e não sabe o que o médico passa.” (part. 6).

2.3.2 Estratégia Fora do Trabalho: Se “Desligar” do Trabalho

O segundo tipo de estratégia fora do trabalho identificada apresenta evocações que remetem à busca de distanciamento, ‘desligamento’ do trabalho e dos impactos negativos que este causa para os entrevistados. No **NTED 2 Se “desligar” do trabalho** (21,62%; $f = 16$ ST). As palavras variam entre $x^2 = 4,26$ “Atividade física” e $x^2 = 23,67$ “Sair”. Os discursos estão relacionados às férias, à realização de exercícios físicos e às pausas materializando o desejo de “esquecer” o trabalho estressante vivenciado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Eis frases típicas que integram este núcleo (grifos nossos):

“Eu tento **esquecer quando eu saio daqui**. Só. Não pratico... às vezes você fala: ah, faz atividade física pra distrair, alguma atividade lúdica. Infelizmente não dá tempo porque eu moro longe.” (part. 3);

“**Dou umas voltas**. A cada uma hora, uma hora e meia. Aí eu **dou uma volta, tomo uma água, converso**. Saio um pouco, vejo o dia que para mim é importante. **Olho ali pela janela**. E aí volto. Não, tem que dar uma volta não dou... Passar o dia sentado aqui, não posso.” (part. 3);

“Aí eu tento **recuperar fazendo atividade física**, pra ver se diminui um pouco..., mas é de tensão mesmo assim sabe? Ah, faz a atividade física.” (part. 9).

Quanto às pausas, cabe salientar que, apesar de descrito como estratégias fora do trabalho, feitas durante a jornada de trabalho são descritas neste núcleo porque adquirem o sentido para os entrevistados de que é importante fazer pausas para ‘parar’, para ‘dar umas

voltas’ durante a jornada de trabalho, objetivando a desconexão da sua ‘mente’ e da ‘cabeça’, mesmo estando o corpo físico dentro da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Desta forma o pensamento, a mente, a cabeça, durante estas pausas extrapolaria, segundo os entrevistados, os limites territoriais da UPA.

Os resultados deste núcleo evidenciam estratégia que busca compensar os desgastes vivenciados no contexto de trabalho da UPA. Tal estratégia tem, certamente, uma função essencial na preservação da saúde, mas, sobretudo, na mitigação dos efeitos nocivos que nascem das vivências dentro do ambiente de trabalho. Ela concretiza comportamento típico dos trabalhadores na busca permanente da saúde e do bem-estar, pois na medida em que o contexto de trabalho “rouba” a felicidade, os trabalhadores buscam fora do trabalho modos de compensação como recurso de enfrentamento ou resistência às adversidades do trabalho (Ferreira, 2009).

Considerações finais

O foco da pesquisa consistiu em avaliar/relacionar o custo humano do trabalho e as estratégias de mediação dos médicos que trabalha em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Embora, o estudo de caso não autorize nem um tipo de generalização que, a rigor, não se constituiu em preocupação primeira dos pesquisadores, ele é revelador de uma realidade de trabalho dos médicos muito preocupante, inquietante e, sobretudo, requerendo medidas imediatas para prevenir acidentes e agravos à saúde.

Os dados coletados, com destaque aqueles oriundos das entrevistas, fazem emergir os ingredientes que caracterizam o custo humano do trabalho em termos de exigências físicas, cognitivas e afetivas. A realidade que toma forma e conteúdo se apresenta nas falas indicando relatos de sobrecarga, esgotamento, exaustão, cansaço, ansiedade, tristeza, labilidade emocional e os impactos fisiológicos do trabalho na UPA sob a forma de queixas, sintomas, doenças. Ao falarem do trabalho e dos problemas existentes parecem descrever um cenário de guerra, onde ferimentos, sofrimentos, óbitos são corriqueiros.

Neste contexto “bélico” a saúde dos médicos, cuja missão é cuidar da saúde dos outros, está permanentemente na berlinda e busca pela sobrevivência física e mental é desafio que se renova a cada jornada de trabalho. Os resultados concernentes às estratégias de mediação completam um quadro explicativo no qual se configura a relação trabalho-saúde no contexto da UPA estudada. De um lado, clamam por ajuda e alimentam a expectativa de apoio/suporte para melhor fazer o trabalho prescrito, inclusive se protegendo dos riscos existentes buscando

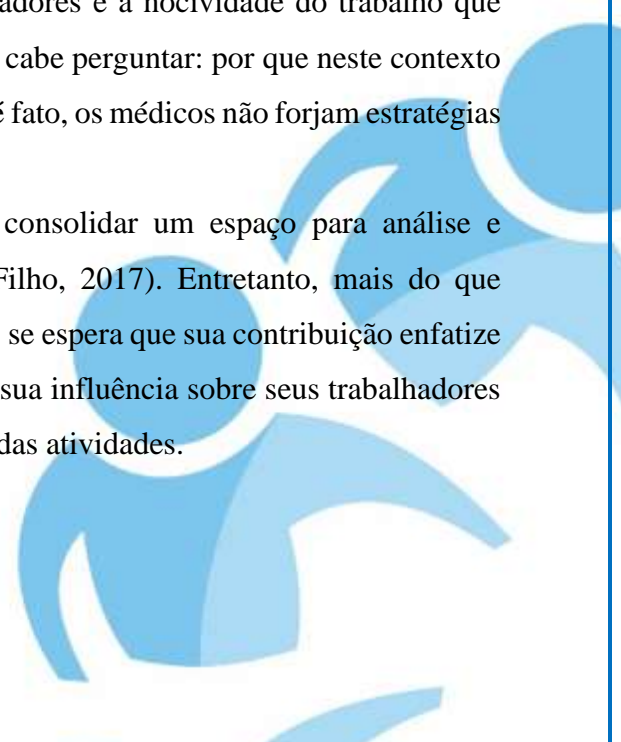
ressignificar o trabalho e, no limite, clamando por amparo espiritual, de outro, um elenco de iniciativas/providências que os médicos operacionalizam fora do trabalho para regular/compensar os desgastes vivenciados no cotidiano da UPA.

Trata-se, portanto, de mais um case que evidencia tanto a realidade dos trabalhadores da saúde quanto as dificuldades enfrentadas pelos cidadãos-usuários para o acesso aos serviços de qualidade, cujos impostos pagos por estes deveriam ser corretamente aplicados nos serviços públicos de saúde. Do ponto de vista da área de saúde do Governo do Distrito Federal os resultados da pesquisa enfatizam a necessidade urgente de intervenção preventiva dos agravos e promotora do bem-estar no trabalho. A garantia sustentável da saúde dos trabalhadores requer a implantação participativa de um modelo de gestão organizacional e do trabalho em saúde que efetivamente tome em conta, tal qual preconiza a Ergonomia, as exigências sociotécnicas reais do trabalho, a expertise dos profissionais de saúde e, sobretudo, as necessidades destes trabalhadores para melhor cumprirem a missão de cura e preservação da vida.

Os resultados aqui encontrados guardam certa interface com outros achados da literatura. Davezies (1998) argumenta que no processo saúde-doença de trabalhadores em emergências está fortemente influenciado pela hipersolicitação cognitiva destes profissionais o que pode explicar a dificuldade em obter êxito nos modos de contornar esse problema. Certamente, a pressão temporal com vidas em risco, típica da urgência que cobra decisões rápidas e assertivas, constitui outro grande obstáculo que impacta nas performances dos médicos (Machado et. al. 1997).

Apesar do limite já exposto com relação à amostra selecionada, esta pesquisa por si só apoia uma série de outros estudos que descrevem a realidade do trabalho em emergências médicas, explicitando a vulnerabilidade destes trabalhadores e a nocividade do trabalho que executam. Entre questões novas que a pesquisa suscita, cabe perguntar: por que neste contexto tão nocivo da UPA estudada, no qual a hipersolicitação é fato, os médicos não forjam estratégias coletivas de mediação?

Nesta pesquisa não foi possível “construir e consolidar um espaço para análise e transformação das atividades laborais” (Chiavegato Filho, 2017). Entretanto, mais do que apenas registrar e reconhecer o sofrimento dos médicos, se espera que sua contribuição enfatize a importância de se reconhecer o contexto de trabalho, sua influência sobre seus trabalhadores e o protagonismo destes na organização e na execução das atividades.



REFERÊNCIAS

- Assunção, A. (2003). Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 1005-1018. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000400022>
- Assunção, A. L. (2003). A contribuição da Ergonomia para a identificação, Redução e Eliminação da Nocividade do Trabalho. In R. M. (org). *Patologia do Trabalho* (pp. 1768-1789). Ed. Atheneu.
- Barata, R. (2009). Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In R. Barata, *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* (pp. 73-94). Editora Fiocruz.
- Barros, N. M., & HONÓRIO, L. C. (Janeiro de 2015). Riscos de Adoecimento no Trabalho de Médicos e Enfermeiros em um Hospital Regional Mato-Grossense. *Revista de Gestão*, 22(1), 21-39.
- Botton, A. C. (Jan-Jun de 2017). Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. Mudanças. *Psicologia da Saúde*, 25(1).
- Camargo, B. V. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>
- CFM. (2007). *A Saúde dos Médicos no Brasil*. Conselho Federal de Medicina.
- Chiavegato Filho, L. (2017). A prática médica no Sistema Único de Saúde: quando uma atividade de trabalho pede socorro. *Estudos de Psicologia*, 34(1), 63-73. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000100007>
- CNS. (2012). Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde (CNS).
- CNS. (2016). Resolução N° 510, de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde (CNS).
- Daniellou, F., & (Org.). (2004). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. Edgard Blücher.
- Davezies, P. (1998). Recherche en ergonomie et santé. In *Actes du Colloque Recherche et Ergonomie* (pp. 173-176). Toulouse.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Production*, 14(3), 27-34. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>
- Demo, P. (2000). *Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas*. Tempo Brasileiro.
- Domingues, A. (2001). *A dificuldade de expressar emoções: um estudo psicossocial da servidão*. [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

- Eisenhardt, K. (1989). Building Theory from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14(4).
- Ferreira, M. (2015). Ergonomia da Atividade aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho: lugar, importância e contribuição da Análise Ergonômica do Trabalho (AET). *Rev. bras. Saúde ocup.*, 40(131), 18-29.
- Ferreira, M. C. (2008). A ergonomia da atividade se interessa pela qualidade de vida no trabalho? Reflexões empíricas e teóricas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 11(1), 83-99.
- Ferreira, M. C. (Fevereiro de 2009). Onde mora a felicidade? *Jornal do Brasil*, 13-13.
- Ferreira, M. C. (2017). *Qualidade de Vida no Trabalho. Uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores* (3 ed.). Paralelo 15.
- Ferreira, M. C., & Seidl, J. (2009). Mal-estar no Trabalho: Análise da Cultura Organizacional de um Contexto Bancário Brasileiro. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 25(2), 245-254.
- Ferreira, M. C., Araújo, J. N., Almeida, C. P., & Mendes, A. M. (2011). *Dominação e Resistência no Contexto Trabalho-Saúde* (1 ed.). Editora Makenzie.
- Gaulejac, V. d. (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Ideias e Letras.
- Gil, A. C. (2001). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6 ed.). Atlas.
- Guérin, F. e. (2001). *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. Edgard Blücher.
- Lima, S. C. (2012). O trabalho do cuidado: uma análise psicodinâmica. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 12(2), 203-2015. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000200006&lng=pt&tlng=pt
- Machado, M., Ávila, C., Braga, M., Campos, M., Lozana, J., Oliveira, E., Teixeira, M. &. (1996). *Perfil dos Médicos no Brasil – relatório final: Médicos em números*. FIOCRUZ/CFMMS/PNUD.
- Machado, M., Barcellos, E., Braga, M., Campos, M., Lozana, J., Oliveira, E. S., Rego, S. &. (1997). *Os Médicos no Brasil – um retrato da realidade*. Fiocruz.
- Mendes, A. M., & Ferreira, M. C. (2007). Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In A. M. Mendes. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. Casa do Psicólogo.
- Morin, E. (2004). The meaning of work in modern times. *10th World Congress on Human Resources Management*. Rio de Janeiro.
- Nações unidas no brasil. (s.d.). *A Agenda 2030*. <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>

- Organização Internacional do Trabalho (2013). *La prevención de las enfermedades profesionales*. Organización Internacional del Trabajo.
- Oliveira, T. M. (2001). *Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas*. FECAP. http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm
- Pinho, D. L., Abrahão, J. I., & Ferreira, M. (2003). As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11, 168-176.
- Pizo, C. A., & Menegon, N. L. (26 de Novembro de 2010). Análise ergonômica do trabalho e o reconhecimento científico do conhecimento gerado. *Production*, 20(4).
- Ramos-Cerqueira, Abreu, A. T., & Lima, M. C. (2002). A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, 6(11), 107-116. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000200008>
- Reinert, M. A. (1990). Une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application. In A. G. de Nerval, *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 28, 24-54.
- Scheffer, M., Cassenote, A., Guilloux, A. G., Biancarelli, A., Miotto, B. A., & Mainardi, G. M. (2018). *Demografia Médica no Brasil 2018*. Conselho Federal de Medicina.
- Silva, M. M. (2001). Trabalho medico e o desgaste profissional: pensando um método de investigação. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313166>
- Wisner, A. (1995). Ergonomie et analyse ergonomique du travail: Un champ de l'art de l'ingénieur et une méthodologie générale des sciences humaines. In *Performances Humaines & Techniques* (pp. 74-78). Série Séminaire Paris I.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Bookman.

